

(様式 1)

常務理事	事務長	室長	課長	課長補佐	係長	係

「がん検診補助金」請求書

(マンモグラフィ検査 ・ PSA検査 ・ ピロリ菌検査 ・ 肝炎ウイルス検査)

を受診したので、次のとおり証拠書を添えて補助金を請求します。

令和 年 月 日

東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿

事業所名

記号 - 番号

被保険者名

受診者名	生年月日 (歳)	続柄	性別
フリガナ	昭和・平成 年 月 日 (歳)	本人・家族	男・女
医療機関名	検査年月日	検査料金	
	令和 年 月 日	円	
支給決定額		円	

委任状	私は事業主を代理人と定め、補助金の受領方を委任します。 令和 年 月 日
	被保険者 住所 氏名
	代理人 (事業主) 住所 事業所名 氏名

※ 自費検査として受診した場合に領収書を裏面に貼付の上、ご請求ください。

※ マンモグラフィ検査・肝炎ウイルス検査は40歳以上、PSA検査は50歳以上が補助対象となります。

※ 乳房超音波検査(エコー検査)は補助対象外となります。

※ 保険診療にて受診した場合は、補助対象外となります。